様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

障害者作業所等通所費助成金交付申請書

八頭町長　　　　様

申請者　住所　　八頭町

氏名

（電話番号　　　―　　―　　　）

八頭町障害者作業所通所費助成金交付要綱第４条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 通所施設名 |  |
| 通所区間 | ～ |
| ～ |
| 通所期間及び通所日数 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日通所日数　（　　　　　　　日間）開所日数　（　　　　　　　日間）以上証明します。通所施設代表者名　　　　　　　　　　㊞ |